

ソーシャルワークにおける終末期ケアの意義：介護老人福祉施設及び知的障害者施設職員の終末期ケアに関する意識の比較検討

著者	佐藤 繭美
出版者	法政大学現代福祉学部現代福祉研究編集委員会
雑誌名	現代福祉研究
巻	9
ページ	51-68
発行年	2009-03-31
URL	http://hdl.handle.net/10114/4801

ソーシャルワークにおける終末期ケアの意義

－介護老人福祉施設及び知的障害者施設職員の終末期ケアに関する意識の比較検討－

佐 藤 繭 美

1. はじめに

わが国の高齢化の進展は、老いについてのさまざまな課題を投げかけている。なかでも人生の締めくくり、いわゆる人の死を、われわれの社会がどのように取り扱うのかという点が非常に複雑化しているといえるのではないだろうか。

医療分野では、人の死を認識するにあたって、死の三大兆候^(注1) というものが当たり前とされてきた。しかしながら、脳死による臓器移植が法的に整備され、死のとらえ方そのものに変化が生じてきている。また、アメリカでは患者の自己決定権法が制定（1990）され、リビングウィルやアドバンス・ディレクティブ^(注2) を診療記録に記載することが義務化されるようになり、自らの死をどのように取り扱うべきか、法的にも求められるようになってきている。

一方、社会福祉分野ではというと、死をどのように取り扱うのかという議論はほとんどなされていないように思う。だが、社会福祉施設、特に入所施設では当事者の死が日常生活の中にあり、社会福祉専門職が何らかの形で当事者の死に関係していることは明白の事実である。その代表的な例として、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）の退所理由の大半は当事者の「死亡」である^(注3)。また、法的にも死をどのように取り扱うかを求めてきているといえるだろう。2006年の介護保険制度の改正では、末期ガン患者への介護サービスの提供が可能となり、加えて終末期ケアを実施する介護老人福祉施設等では介護報酬が加算されるようになった。つまり、当事者が死を迎えるプロセスに、社会福祉専門職は関わる必要があるということが表明されたのである。

こうした社会的な背景があるにも関わらず、社会福祉分野全般では終末期ケアに対する取り組みが積極的に行われているとは言い難い状況にある。高齢者分野においては、制度化されたサービスとして終末期ケアへの注目は高い（近藤、2006）。しかしながら、そのほかの分野での終末期ケアはいかなるものだろうか。障害者分野では、当事者の高齢化・重度化について1970年代ごろから議論されてきている。なかでもダウン症の人たちは、老化の進行が早いといわれ、早くからその看取りの体制について指摘されてきている（櫻井ら 1979, 1984; 日本精神薄弱者愛護協会 1987）。だが、

今日まで障害のある人たちの看取りや終末期ケアといった課題が積極的に議論されたと認識できるまでには至っていない。この背景には、障害者の入所施設が障害者自立支援法施行以前は「生活」施設としてではなく、「訓練」、「更生」施設として位置づけられていたため、入所者の死期が近づく と施設から病院へと生活場面が移されていた。「訓練」や「更生」といった概念の中には、当然のことながら入所者の死は含まれていないため、こうした対応は一般的であるといえるだろう。

しかしながら、「生活」という概念の中には必然的に当事者の死ということも含まれてくるのではないだろうか。昨今ではライフコースとして人々の生活や生涯をとらえるようになってきた^(注4)。そのなかで人々の誕生や結婚、就職、死別、死亡などは人としての標準的な出来事であるといわれている。確かに、人は生まれてから亡くなるというプロセスを確実に歩んでいく。人々がたどるべき道として誕生から死までをとらえるならば、「生活」そのものに死という出来事は常に内包されているという思考が可能になる。それゆえ、当事者の生活を支えると標榜するソーシャルワークでは、当事者の死をも含めた支援体制について検討していくことが必要だといえるのではないだろうか。

このような問題意識に立脚し、実践の場に目を向けてみると、高齢者への終末期ケアと比較して、障害のある人への終末期ケアは制度化されていないがために、施設で看取るということが意識化されにくい状況にあることが指摘できるのである。しかしながら、実践の場においては脈々と終末期ケアが行われている実態がある。金銭的效果は発生しないにもかかわらず、施設もしくは職員の善意で、あるいはオプション・サービスとして終末期ケアが行われているのである。こうした状況は、実践の場においていかなる課題を生じさせているのだろうか。社会福祉専門職者は終末期ケアをどのように捉えているのだろうか。

そこで、本研究では、当事者の死とそのケアに関する蓄積が最も多いと思われる介護老人福祉施設（＝特別養護老人ホーム）と、障害者自立支援法施行以前の体系である知的障害者入所更生施設で勤務する相談援助職を対象にアンケート調査を行う。その結果から、専門職は当事者の終末期のケアについてどのような意識を有しているのか、またその意識がどのような形でケア姿勢に反映しているのかを明らかにし、ソーシャルワークにおける終末期ケアについての考察を行うこととする。なお、本研究では「終末期ケア」と「死の看取り」を同義語として用いる。また、「終末期」とは、回復の見込みがない病と宣告された時から6カ月程度をさし、死亡場所が施設以外の場合も含むものとする。

2. 研究方法

(1) 調査対象

調査対象施設は、WAM-NETに登録されている全国の介護老人福祉施設（以下、「高齢者施設」とする）516か所と知的障害者入所更生施設及び全国自閉症者施設協議会に加盟している入所施設（以下、「障害者施設」とする）547か所を無作為に抽出した。調査対象者は、高齢者施設の相談業務に関わる社会福祉専門職、および障害者施設の相談業務を担当する社会福祉専門職とした。高齢者施設の回収数は223票（回収率43.2%）、障害者施設の回収数は、264票（回収率48.3%）であった。

(2) 調査方法と調査期間

自記式調査票を用いた。施設代表者あてに封筒に入れた調査票を郵送し、社会福祉士を中心とする相談援助業務に携わる職員に・回答を依頼し、記入後に封をした封筒を回収、返送してもらった。調査実施期間は、2007年1月～2月の1か月間である。

(3) 調査内容

① 対象者の基本属性

性別、年齢、所有資格、勤続年数、対象者自身の近親者との死別経験、職場での看取り経験に関する項目に関する回答を得た。

② 相談援助職者の終末期ケアに対する考え

相談援助職者の終末期ケアに関する考えを明らかにするために、「入所施設において看取りをすることは必要である」「死は人間にとって起こりうる最も悪いことではない」「死期の迫った入所者と差し迫った死について話をするのは気まずく感じる」「死期の迫った入所者や家族への接し方がわからない」「死期の迫った入所者へのケアには当然家族ケアも含まれている」「死期の迫った入所者の看取りは病院で行われるべきだ」「実際に入所者がなくなった際、逃げ出したい」「気持ちになる死期の迫った入所者に代わりなく接することを心がけている」「勤め先には看取りに関して相談する専門職仲間がない」「終末期ケアに関するマニュアルが欲しい」「亡くなった入所者への対応について思い起こすことがある」「入所者を看取った職員のケアが必要である入所者を看取った後、職場を辞めたくなくなったことがある」「入所者の看取りについて、職員間の意見は一致している」「社会福祉専門職に対する終末期ケア教育は必要である」「入所者の死は援助している職員への影響が大きい」「現在の施設体制で、遺族ケアを行う余裕はない」「死期の迫った入所者と親密な関係を築くことは難しい」「入所者の生活には、生と死の両方を考える必要がある」「回答者ご自身の終末期の過ごし方について考えたことがある」「入所者の死の迎え方について考えたことがある」「死期が迫っ

ていなくとも、入所者は終末期の過ごし方について意見表明すべきである」「入所者家族は、終末期の過ごし方について話し合いたいと思っていると感じる」「現在の援助体制では、入所者や家族の終末期への思いをくみ取る余裕がない」「できるならば終末期ケアは避けたい」までの25項目を質問として作成した。そのうえで、＜とてもそう思う＞＜少しそう思う＞＜あまりそう思わない＞＜全くそう思わない＞までの4件法にて回答を求めた。

(4) データ分析の方法

データ分析には統計ソフトSPSSver. 15.0を使用した。分析手順として、①対象者の背景、施設で看取りを行う際の課題と職場環境について基本統計を導出した。続いて、②終末期ケアに対する社会福祉専門職の考え方に関連する要因を明らかにするために、探索的因子分析を行った。因子抽出法は、重みづけのない最小二乗法を用いて因子を抽出し、バリマックス回転を加えた。これは、各因子に相関があると仮定したためである。また、最小二乗法を採用したのは、サンプル数が少ないこと、正規分布であるか、または尺度において等間隔の連続変数であるかといった前提条件を満たす必要がないためである。

最後に、③社会福祉専門職の終末期ケアへの意識の各構成要素の妥当性を確認するため、各因子得点と援助経験及び職場環境との関連性を検討した。先述の探索的因子分析によって得られた各因子の因子得点と「勤続年数」「看取った入所者数」「終末期ケア研修の有無」「看取りを行った職員へのアフターフォローの有無」「本人・家族と終末期の過ごし方についての話し合いの有無」との関連性について一元配置分散分析により検討した。

(5) 倫理的配慮

調査への回答は拒否できること、拒否によって不利益を被らないことを対象者に提示し、自由意思で回答してもらうよう依頼した。また、収集したデータは、本研究の目的以外に用いられないことがないことを保証した。

3. 結果

(1) 対象者の基本属性

調査対象者の概要は表1及び表2のとおりである。

高齢者施設では、回答者の男女比がほぼ同じ割合であるのに対し、障害者施設では6割が男性、4割は女性と若干であるが、男性の割合が高い。職種は、社会福祉士の割合は両施設においてほぼ同程度の割合であるのに対し、介護福祉士は高齢者施設での割合が高い。また、高齢者施設では40代、50代の割合が3割程度と等しいのに対し、障害者施設では50代で4割を占めている。勤続年数で

は、高齢者施設で５～９年の勤務年数が３割であるのに対し、障害者施設では５～９年と１０～１４年が２割と同程度である。

表１ 対象者の属性（高齢者施設）

男女比(N=223)		男性 44.4%	女性 55.6%	
資格(N=219)		社会福祉士 16.1%	介護福祉士 27.8%	その他 43.9%
年齢(N=223)		勤続年数(N=221)		
年齢区分	%	勤務年数区分	%	
18～24 歳	0.4	1 年未満	2.7	
25～29 歳	7.2	1～4 年	16.1	
30～34 歳	12.6	5～9 年	30.5	
35～39 歳	12.1	10～14 年	27.4	
40～44 歳	13.9	15～19 年	12.1	
45～49 歳	16.1	20 年以上	10.3	
50～54 歳	18.4			
55～59 歳	12.6			
60～64 歳	3.1			
65～69 歳	2.7			
70 歳以上	0.9			

表２ 対象者の属性（障害者施設）

男女比(N=264)		男性 62.9%	女性 37.1%	
資格(N=264)		社会福祉士 17.0%	介護福祉士 11.7%	その他 71.3%
年齢(N=264)		勤続年数(N=259)		
年齢区分	%	勤務年数区分	%	
18～24 歳	1.9	1 年未満	1.5	
25～29 歳	3.4	1～4 年	12.1	
30～34 歳	8.3	5～9 年	17	
35～39 歳	7.6	10～14 年	17.4	
40～44 歳	5.7	15～19 年	11.4	
45～49 歳	17.4	20 年以上	38.6	
50～54 歳	21.6			
55～59 歳	22.7			
60～64 歳	6.1			
65～69 歳	3.4			
70 歳以上	1.9			

身近な「家族」を亡くした経験のある人は高齢者施設職員で26.5% (N=220)、身近な「親族」を亡くした経験のある人は40.4%、親しい「友人」を亡くした経験のある人は8.1%、死別の経験がない人は25.0%であった。一方、障害者施設職員においては、身近な「家族」を亡くした経験のある人が28.4% (N=256)、身近な「親族」を亡くした経験のある人は38.6%、親しい「友人」を亡くした経験のある人は13.3%、死別の経験がない人は19.7%であった。どちらの施設に勤務する職員ともに、何らかの形で身近な家族や親族との死別を経験していることが明らかである。

続いて、高齢者施設で死期が迫っているとの医学的判断を受けた入所者を担当した経験は、78.0%の人が経験あり (N=221) と回答している。また入所者を看取った経験がある人は、91.5% (N=220) と回答者の大多数が看取りの経験をしていることが理解できる。さらに、入所者の看取りの後、遺族ケアを行ったと考えている人は35.0% (N=214) に留まっている。

他方、障害者施設では、死期が迫っているとの医学的判断を受けた入所者を担当した経験は、34.8%の人が経験あり (N=260) と回答している。また入所者を看取った経験がある人は、73.9% (N=259) と看取りの経験をしている人の割合が過半数以上を占めており、実体として何らかの形で終末期ケアが執り行われていると理解できる。また、入所者の看取りの後、遺族ケアを行ったと考えている人は36.7% (N=243) と高齢者分野と変わらない割合となっている。

また、高齢者施設の職員がこれまでに看取った入所者数の割合として最も多いものが15名以上で、40.7%であるのに対し、障害者施設職員では、4名以下の看取りが52.8%と過半数を占めている。

(図1, 2 参照) ここに施設特性による看取りの差が明らかであり、結果として終末期ケアの実施体制に影響を与えていることが理解できる。

図1 これまでに施設で看取った人数 (高齢者)
N=214

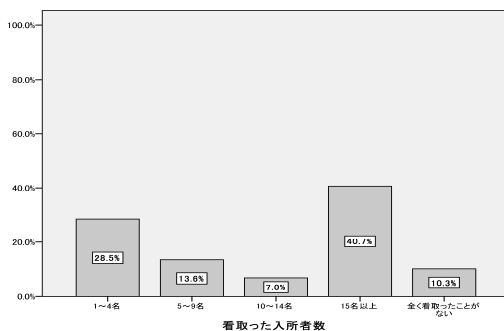
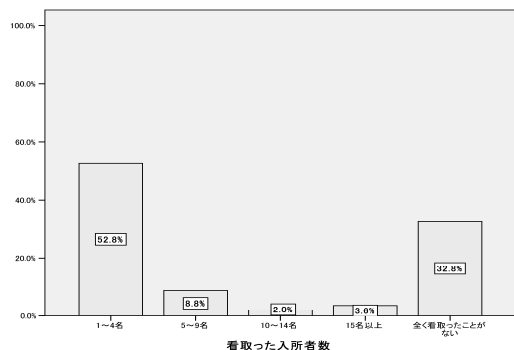


図2 これまでに施設で看取った人数 (知的障害者)
N=250



(2) 社会福祉専門職の終末期ケアに関する考え

社会福祉専門職の終末期ケアに関する考えを問うために探索的因子分析を行ったところ、高齢者施設および障害者施設ともに6つの因子が抽出された。(表3, 4 参照)

表3 社会福祉専門職の終末期ケアに対する意識(高齢者福祉施設)

	因子					
	1	2	3	4	5	6
看取りの意見の一致	-.603	-.242	-.005	-.029	.008	-.109
相談できる専門職仲間がない	.581	.238	-.059	-.111	.115	-.091
終末期にある本人と親密な関係築けない	.515	.064	-.177	.034	.168	.028
終末期への思いをくみ取る余裕がない	.514	.258	.061	-.056	.133	.118
終末期にある人への接し方がわからない	.491	.022	-.215	.163	.061	.075
対応マニュアル欲しい	.473	-.028	.140	.139	-.001	-.028
看取りは病院で	.218	.737	-.122	-.111	.132	-.135
終末期ケアは避けたい	.276	.736	-.103	-.064	.275	-.005
看取りの必要性	-.203	-.636	.193	.182	.070	.013
本人の死の迎え方を考えたことがある	-.141	-.114	.660	.085	-.143	.061
本人は終末期について意見表明すべき	.023	-.084	.514	.011	-.094	-.022
自らの終末期について考えた事あり	-.102	.059	.498	.169	.054	.092
亡くなった本人への対応の思い起こしある	.145	-.286	.465	.093	.108	.339
生と死の両方を考える必要性あり	.044	-.063	.367	.207	-.103	.146
終末期ケア教育は必要	.055	-.081	.238	.722	.000	-.004
家族ケアを含む	.042	-.107	.086	.515	.082	.037
死は悪いこと	.048	-.052	.061	.345	-.047	.168
逃げ出したい気持ち	.126	.174	-.233	.052	.705	.038
看取り後、職場を辞めたい	.180	.047	.044	.016	.675	.091
職員のケアは必要	.067	-.076	.024	.159	.070	.866
本人の死は職員への影響大きい	.043	-.014	.154	.302	.206	.346
累積寄与率	18.200	31.411	38.793	45.140	50.557	55.964

表4 社会福祉専門職の終末期ケアに対する意識 (障害者施設)

	因子					
	1	2	3	4	5	6
対応マニュアル欲しい	.678	.196	.113	.136	.061	-.083
終末期ケア教育は必要	.591	.043	-.107	-.014	.090	.211
生と死の両方を考える必要性あり	.490	-.056	-.086	-.011	.284	.079
本人は終末期について意見表明すべき	.398	-.078	-.162	.101	.136	.250
職員のケアは必要	.373	.105	-.163	.309	-.091	.129
終末期への思いをくみ取る余裕がない	.095	.679	.058	.063	.022	.150
遺族ケアを行う余裕なし	-.054	.655	.129	-.003	-.092	.121
相談できる専門職仲間がいない	.069	.387	.033	.239	-.075	-.053
終末期にある本人と親密な関係築けない	.092	.312	.222	.267	.064	-.187
看取りは病院で	-.152	.137	.695	.046	-.053	-.046
終末期ケアは避けたい	-.099	.415	.556	.113	-.004	-.135
本人と死の話は気まずい	.002	-.045	.508	.054	-.159	.222
看取りの必要性	.365	-.163	-.466	-.163	.127	.158
看取り後、職場を辞めたい	-.011	.080	.046	.868	.034	.028
逃げ出したい気持ち	.059	.123	.184	.584	-.056	-.072
本人の死の迎え方を考えたことがある	.347	-.048	-.130	-.048	.718	.291
自らの終末期について考えた事あり	.197	.046	-.138	.143	.592	.083
終末期にある人への接し方がわからない	.128	.287	.149	.251	-.391	-.016
看取りの意見の一致	.091	-.283	.239	-.084	.329	-.005
家族は終末期について話合いたいと思っている	.276	-.039	-.126	-.070	.154	.445
変わらない態度	.054	.098	.096	-.034	.032	.334
亡くなった本人への対応の思い起こしある	.113	.069	-.068	.287	.143	.327
累積寄与率	16.786	30.664	37.926	44.647	50.222	55.569

まず、高齢者分野の因子であるが、第1因子を『終末期ケアに対する困惑』、第2因子を『終末期ケアの回避の意向』、第3因子を『生活の中にある死』、第4因子を『終末期ケア教育の必要性』、第5因子を『終末期ケアからの逃避』第6因子を『死の影響』と命名した。

一方、障害者分野では、第1因子を『積極的な終末期ケア志向』、第2因子を『終末期ケアへの不

安』、第3因子を『終末期ケアの回避の意向』、第4因子を『終末期ケアからの逃避』、第5因子を『漠然とした死への思い』、第6因子を『死の共有』と命名した。

(3) 終末期ケアへの意識と援助経験及び職場環境との関連性

社会福祉専門職の終末期ケアに対する意識と援助経験及び職場環境との関連性について分析した(表5, 6 参照)。

表5 6つの因子構造を従属変数とした一元配置分散分析の結果(高齢者施設)

	終末期ケアに対する困惑		終末期ケアへの回避		生活の中にある死		終末期ケア教育の必要性		終末期ケアからの逃避		死の影響	
	F値	有意確率	F値	有意確率	F値	有意確率	F値	有意確率	F値	有意確率	F値	有意確率
勤務年数	0.751	0.586	0.33	0.895	0.592	0.706	2.497*	0.032	0.479	0.792	0.632	0.675
看取りの人数	3.823**	0.005	3.022*	0.019	1.038	0.389	0.179	0.949	1.414	0.231	1.616	0.171
終末期ケア研修	6.557**	0.002	0.608	0.5	5.705**	0.004	1.178	0.31	0.727	0.485	0.004	0.996
看取りを行った職員へのアフターフォロー	8.022**	0	3.506*	0.016	1.459	0.227	0.936	0.424	1.907	0.129	7.705**	0
本人・家族との終末期に関する話し合い	1.059	0.367	0.33	0.804	3.695*	0.013	1.251	0.292	0.604	0.613	1.319	0.269

*P<0.05

**P<0.01

表6 6つの因子構造を従属変数とした一元配置分散分析の結果(障害者施設)

	積極的な終末期ケア志向		終末期ケアへの不安		終末期ケアの回避		終末期ケアからの逃避		漠然とした死への思い		死の共有	
	F値	有意確率	F値	有意確率	F値	有意確率	F値	有意確率	F値	有意確率	F値	有意確率
勤務年数	1.576	0.168	0.594	0.704	1.944	0.088	1.479	0.198	1.529	0.182	2.819	0.017
看取りの人数	0.619	0.649	0.87	0.483	0.987	0.415	3.249*	0.013	0.387	0.818	2.331	0.057
終末期ケア研修	2.786	0.064	0.218	0.804	1.21	0.3	3.368*	0.036	5.373**	0.005	3.004	0.052
看取りを行った職員へのアフターフォロー	0.547	0.651	1.179	0.319	2.24	0.084	1.908	0.129	1.457	0.227	1.714	0.165
本人・家族との終末期に関する話し合い	1.34	0.262	1.875	0.135	0.462	0.709	0.503	0.68	5.783**	0.001	4.263**	0.006

*P<0.05

**P<0.01

高齢者施設における『終末期ケアに対する困惑』では、「看取った入所者数」($P<0.01$)「終末期ケア研修の有無」($P<0.01$)「看取りを行った職員へのアフターフォローの有無」($P<0.01$)が要因として関連していた。多重比較の結果、入所者を看取ったことが全くない人よりも15名以上看取った人の割合の方が高得点であり、終末期ケア研修がある場合も高得点であった。続いて、『終末期ケアの回避の意向』では、「看取った入所者数」($P<0.05$)「看取りを行った職員へのアフターフォロー」($P<0.05$)が要因として関連していた。ここでの多重比較の結果は、「15名以上看取った」人よりも「全く看取ったことがない」人の方が高得点であった。『生活の中にある死』では、「終末期ケア研修の有無」($P<0.01$)「本人・家族と終末期についての話し合いの有無」($P<0.05$)に有意な差が認められた。多重比較の結果、「終末期ケア研修なし」が高得点であった。『終末期ケア教育の必要性』では、「勤続年数」($P<0.05$)に有意な差が認められ、勤続年数が「10～14年」で高得点であった。『終末期ケアからの逃避』では、いずれかの要因が有意に関連していることは認められなかった。『死の影響』では、「看取りを行った職員へのアフターフォローの有無」($P<0.01$)が要因として関連しており、多重比較の結果では、アフターフォローを「実施していない」の結果よりも「組

織的にアフターフォローが行われている」「個別にアフターフォローが行われている」が高得点であった。

次に、障害者施設における『積極的な終末期ケア志向』『終末期ケアへの不安』『終末期ケアの回避の意向』では何らかの要因との関連性は認められなかった。『終末期ケアからの逃避』では、「看取った入所者数」($P<0.05$)と「終末期ケア研修の有無」($P<0.05$)が要因として関連していることが明らかとなった。多重比較の結果、看取った入所者の数が「15名以上」よりも「10～14名」で高得点となり、「その他」よりも「終末期ケア研修あり」で高得点が得られた。続いて、『漠然とした死への思い』では、「終末期ケア研修の有無」($P<0.01$)「本人・家族と終末期について話合いの機会の有無」($P<0.01$)が要因として関連していた。『死の共有』では、「本人・家族と終末期ケアについて話合いの機会の有無」($P<0.01$)が要因として関連していた。多重比較の結果、「話し合いを行ったことがない」よりも「本人・家族との話し合いの機会あり」が高得点であった。

以上の結果より、高齢者施設では、相談援助職者の終末期ケアへの意識には「看取った入所者数」や「看取りを行った職員へのアフターフォローの有無」が特に関連していることが明らかであった。一方、障害者施設では、「終末期ケア研修の有無」や「本人・家族と終末期について話し合いの機会の有無」が強く関連していることが示された。

4. 考察

本研究で実施された調査研究の結果から、相談援助職者の終末期ケアに関する意識を構成する概念の特徴を反映する因子構造が得られた。これらの因子について以下に考察していく。

(1) 高齢者施設における因子構造の特徴

① 第1因子『終末期ケアへの困惑』

終末期ケアを実施することが介護保険下において認められた高齢者施設では、看取りについて「職員間の意見は一致」していると多少感じている人は36.2%、あまりそう思わない人は33.5%とほぼ拮抗した数字である。そのため、約75%の人たちは統一した見解のもと、サービス提供を行う指針となる「対応マニュアルが必要」であると感じていることが明らかであった。ただ、「相談できる専門職仲間がいない」と感じている人は15.8%と少なく、「終末期にある入所者と親密な関係が築けない」とはあまり思わない人が46.4%、「終末期にある人への接し方がわからない」とはあまり思わない人が55.2%となっており、施設特性として、終末期ケアについて対応できる環境は醸造されつつあることが指摘できる。施設内での終末期ケアを実施する対応の指針を整備することによって、職員間の困惑した思いを解消する手立てとなることが示唆されている。

② 第2因子『終末期ケアの回避の意向』

終末期ケアの実施が制度上認められ、一般的にも終の棲家としての印象が強い高齢者施設である。そのためか、「終末期ケアは避けたい」を感じる割合は「全くそう思わない」が39.8%、「あまりそう思わない」で37.1%と両方を合わせると約8割近くが終末期ケアを肯定的に受け止めている事実が明らかである。そして、「看取りを行うことが必要」であると感じている割合は58.4%と半数以上を占めており、最期の「看取りは病院で行われるべき」とは「あまり思わない」が52%と社会福祉サービスの一環として、終末期ケアが浸透しつつあることがうかがえる。高齢者施設においては、終末期ケアを回避する意向はあまり認められず、援助者にとっても終末期ケアを当然のこととして受け止めつつある現状が理解できる。

③ 第3因子『生活の中にある死』

『生活の中にある死』では、約80%の相談援助職者が何らかの形で日常生活において「自らの終末期について考えたことがある」という。また、入所者の生活には、約70%の人が「生と死の両方を考える必要がある」と回答している。さらに、入所者の死の迎え方についても約半数は考えたことがあり、多少考えたことがある人を加えた場合、約100%近くが当事者の終末期のあり方について考えを巡らせていることが理解できる。そして、「亡くなった人への対応について思い起こすことがある」人は約40%が思い起こしや振り返りを経験しており、時折思い起こすと回答した人を加えると約90%の人が亡くなった人への対応を思い起こしている。この背景には、「良い死の迎え方であった」と思い起こす場合と「もっとこうしてあげれば」という思いが交錯した複雑な心境を思い出す場合もあるだろう。終末期ケアのあり方を検討するにあたっては、こうした専門職の思いが次のケアにつながっているということを配慮する必要がある。最後に非常に福祉的な回答であると思われるが、「当事者が終末期についての意見を表明すべき」だと回答している人が約半数、「少しそう思う」という割合を加えると約100%近くが当事者自身の終末期に対する意見や希望を伺いたいと望んでいることが理解できる。本当の意味でその人の意向に沿った終末期ケアが行えるのか否かの厳密な判断は別にして、相談援助職者が少なからず、当事者の意向に沿った終末期ケアを展開したいと考えていると理解できる。

④ 第4因子『終末期ケア教育の必要性』

ここでは、約80%の人が終末期ケア教育を強く望んでいる。また、90%を超える援助者が「死は人間にとって最も悪いことではない」と感じている。これまで一般的には、死は忌み嫌うものとして捉えられてきた傾向がある。しかしながら、高齢者施設の日常生活において、死は否定するものではないと圧倒的多数が受け止めている。この背景には、死を自然に感じる環境があるということが影響を与えていることが理解できる。大井（2008）は、死を自然と感じるということについて「死

に慣れるということは、言語化できず論理で説明できないが情動に影響する、つまり恐怖を強く感じなくなるというプロセス」であると述べている。そして「老人の誰かが「この世」と「あの世」が相互に浸透し合う「あわい」世界にいるという印象を受けるのは珍しくないはずである」という。つまり、「この世」と「あの世」の「あわい」接点を見つめる援助者にとって、死は恐怖ではなくなる可能性があるということが調査結果から読みとれるのである。また、この調査結果において、「死期の迫った入所者の担当経験」がある人は約80%超、「入所者を看取った経験」は約90%を超える割合で経験している。しかしながら、援助者自身が身近な人を亡くした経験をしていない人が26.8%となっている。実態として、高齢者施設に勤務する援助者の中にも、身近な人の死を経験しないまま、当事者の死を経験している。そのため、どのように人が死を迎えるのかわからないまま、手さぐりの状態でケアに関わり、不安を抱えている人も存在するといえるだろう。この点が終末期ケア教育の必要性を求める背景となっていることが理解できる。

⑤ 第5因子『終末期ケアからの逃避』

高齢者施設に勤務する援助者の場合、入所者が亡くなった際、「逃げ出したい気持ちになる」と感じる割合は1.4%であり、圧倒的に少ない。そして看取り後に「職場を辞めたい」と感じる人の割合は2.8%と、圧倒的に看取りを避けたいと覚えることが少ないことが理解できる。つまり、高齢者施設においては、当事者の終末期ケアを行う援助実績が積み上げられており、当事者の死に直面したことのみで離職する傾向は少ないといえるだろう。

⑥ 第6因子『死の影響』

この因子を構成する要素である「当事者の死が職員に与える影響」については前項⑤の記述内容と比較して配慮すべき点であるといえる。当事者の死に直面したことのみで離職する可能性については少ないと推測されたが、当事者の死が与える影響については、「とてもそう思う」が37.1%、「少しそう思う」という人の割合が42.1%で、約8割が影響はあると感じている。そのため、「職員のケアは必要」と考えている人が47.1%、「少しそう思う」の割合を加えると約9割近くが職員のケアを必要と考えている。アメリカ精神医学会の『精神障害の診断と統計の手引き』(DSM-IV-TR)では、死別による反応はDSMで定義された精神疾患ではないものの、臨床的な関与が必要になる場合も指摘されている。つまり、抑うつ状態やPTSD (posttraumatic stress disorder) を引き起こしかねない出来事として注意を払う必要があるということである。ソーシャルワークの中で「当事者へのケア」は当たり前のこととして行われているものの、「職員のケア」についてはなおざりにされていることは否めない。ケアの質には、専門職の精神衛生状態に配慮する組織体制が強く求められる。

（２）障害者施設における因子構造の特徴

① 第１因子『積極的な終末期ケア志向』

障害者施設において、終末期ケアを実施するための指針として、約75%の人が「対応マニュアルは必要」と考えている。この数字は高齢者施設の援助者が必要と感じている割合と同数である。さらに、入所者の生活には、約半数が「生と死の両方を考える必要がある」と回答しており、「少し思う」と回答した人と合わせると88%の人が生活の中に死も含まれていると考えており、高齢者施設に勤務する職員よりも20%近く高い割合を占めている。また、「当事者が終末期についての意見を表明すべき」と回答している人は19.2%と高齢者施設と比較すると圧倒的に低い数字を示している。本調査は知的障害者施設を対象として実施しているため、本人が自らの終末期の過ごし方について、意見表明することは難しいと考えることが影響していると思われる。積極的な終末期ケアを志向する職員らの意識はあるものの、当事者がどのようにして意見表明をするのか、その支援策を探ることが障害者施設での課題といえる。そのため、「終末期ケア教育は必要である」の割合が58%と高齢者施設よりも20%程度低い数字を示している。

② 第２因子『終末期ケアへの不安』

『終末期ケアへの不安』を構成する要素として、当事者の「終末期への思いをくみ取る余裕がない」と回答している人の割合が約70%近くを占めている。加えて、「相談できる専門職仲間がいない」と回答している人の割合も約60%を占めており、高齢者施設と比較すると、終末期ケアに対する不安を抱えていることが理解できる。その背景には、高齢者施設と比較して、終末期ケアの実績が圧倒的に少ないことや専門職同士でも終末期ケアをいかにして実施するかを話し合う機会が存在しないことが浮き彫りになっている。さらに、「終末期にある当事者と親密な関係を築けない」と回答している人の割合が35.9%となっており、これらの要因は相互に関連していることがうかがえる。

③ 第３因子『終末期ケアの回避の意向』

この因子構造は、高齢者施設の第２因子と３項目が共通している。終末期ケアを回避したい要因の一つとして、死期の差し迫った入所者と差し迫った「死について話をすることは気まずい」と72.2%が感じており、高い割合を示している。また、「看取りの必要性」については41.4%の人が感じていないと回答しており、約70%の人が「看取りは病院で行うべき」と感じている。加えて、「終末期ケアは避けたい」が56%と、高齢者施設の因子構造とは正反対の性格を示しており、特筆すべき項目であるといえる。ゆえに、障害者分野の中では、終末期ケアが浸透していないことが明白である。この根本的な要因は、社会福祉教育カリキュラムの中に全くといっていいほど、終末期や死について考える科目が存在しないことが影響を与えているといえるのではないだろうか。2008年の社会福祉士及び介護福祉士法改正の流れの中で、終末期ケアに触れるのは、１科目の中の一つの単

元にとどまっている。これでは、相談援助職者の終末期に関する意識の変化はあまり望めないであろう。障害者分野での長年の課題である親亡き後の支援は、最終的に当事者の看取りを施設職員が担うことを象徴しているのではないだろうか。むろん、終末期ケアとは何かを教授されていない専門職者にとって、当事者の終末期ケアをいかにして実施していくかは大きな課題である。だが、避けては通れないことも事実としてあるのではないだろうか。この点については議論を深めなければならない事実として受け止める必要がある。

④ 第4因子を『終末期ケアからの逃避』

この因子構造は、高齢者施設の第5因子構造とすべての項目が共通している。高齢者施設職員と同様、入所者が亡くなった際、「逃げ出したい気持ちになる」と感じる割合は8%と圧倒的に少ない。そして看取り後に「職場を辞めたい」と感じる人の割合は6%と、高齢者施設職員よりは若干の高い数字を示しているものの、当事者の死に直面したことのみでバーンアウトする傾向は少ないと推測される。これまでは、バーンアウトにつながる要因であるとみなされていた当事者の死が、実際のデータからはそれだけの要因でバーンアウトにつながるとはいえないということが実証されたといえる。

⑤ 第5因子『漠然とした死への思い』

ここでは、援助者自らの「終末期の過ごし方について考えたことがある」人の割合は28.8%、「少しそう思う」の割合を合わせると70%近くを占めている。また、「入所者の死の迎え方を考えたことがある」人の割合は28.5%、「少しそう思う」の割合を加えると80%を超えている。だが、実際の援助の中で、「終末期にある当事者への接し方がわからない」と回答した人の割合は半数を超える。さらに、看取りについて「職員間の意見は一致」していないと感じている人は62%と高齢者施設と比較すると否定的な見方をしている割合が高い。何らかの形で漠然と死については考えるものの、死に直面した当事者へのケアについては混乱した状態であることが理解できる。

⑥ 第6因子『死の共有』

これは障害者施設の特徴的な因子構造であるが、日常の援助において、家族は当事者の「終末期について話し合いたいと思っている」と感じている人の割合が63%を占めている。

一方で、「亡くなった人への対応について思い起こすことがある」人の割合は86%と高い数字を示している。ここに、援助者のジレンマを感じ取ることが可能ではないだろうか。家族が親亡き後の当事者へのケアや終末期への対応について話し合いを希望していることは十分に感じ取られ、また自らも亡くなった人への対応について何らかの思いを抱いており、援助者自身も終末期ケアについては話し合いたい思いがあるのではないだろうか。この点を強調し、「共有」という言葉を用いた。しかしながら、「現在の援助体制では、終末期への思いをくみ取る余裕はない」(68%)、「遺族ケア

を行う余裕はない」(75%)など、援助体制の中で職員自身に「余裕がない」状態が発生していることを受け止めなければならない。

(3) 相談援助職の終末期ケアへの意識と援助経験及び職場環境との関連性からみる特徴

① 高齢者施設における援助経験と職場環境

高齢者施設では、相談援助職者の終末期ケアへの意識には「看取った入所者数」や「看取りを行った職員へのアフターフォローの有無」が関連していることが明らかであった。

やはり、看取りの人数が多い場合、積極的に終末期ケアを実践しようと考えており、その背景には看取り経験の蓄積が非常に大きな要素となっていることがうかがえる。この点については先行研究においても同様の指摘がなされている(清水ら、2007)。これは、障害者施設では看取り経験の少なさが、終末期ケアの実施を回避したいという職員の意識を派生させている点と大きく異なる点である。だが、経験の多少が終末期ケアの善し悪しにかかわるというのではなく、施設特性の違いを十分に理解した上で、終末期ケアの実施について判断しなければならないということを強調しておきたいのである。また、看取りを実施しているからには、看取りを行った職員へのアフターフォローを欠かしてはならないと考えていることも注目しなければならない。やはり、援助者は死別が遺された者への影響が大きいと実感していることが、本調査結果から示唆されたことであるといえる。

② 障害者施設における援助経験と職場環境

障害者施設では、「終末期ケア研修の有無」や「本人・家族と終末期について話し合いの機会の有無」が終末期ケアへの意識に強く関連していることが示された。しかしながら、障害者施設で終末期ケアの研修が実施されている施設はわずか5%であった。そもそもの終末期ケアについて理解が不足していることが明らかである。また、高齢者施設では、「終末期についての話し合い」が家族と行われるという回答が63.8%、本人もしくは家族と行われるという回答が26.7%と、総合すると約90%は終末期について話し合う機会が存在している。一方、障害者施設では「全く話し合いがない」と回答している割合が約40%と高齢者施設とは対照的な結果となっている。もちろん、職員の勤務体制の厳しさ、多忙さについては十分理解している。だが、障害者の場合、日常生活のあらゆることにおいて、マイノリティとして扱われることが多々あるのに加え、死にゆく過程においても、置き去りにされているのではないかと思うことがしばしばである。本調査結果から、障害者の場合、言葉が少し乱暴かもしれないが、死を迎えることについてもマイノリティにならざるを得ないのではないかということが危惧される。死にゆく人そのものがマイノリティであるという点については、『死ぬ瞬間』の著者であるキューブラ・ロスが指摘している。彼女は、死にゆく人たちの生活や感情が置き去りにされていることにいら立ちを覚え、結果として「死の研究者」となっていくのである(田口、2008)。

ソーシャルワークや障害者福祉の歴史は、マイノリティへの援助から開始されたものである。いわば、公私でいう「私」の部分から派生したものであるのに対し、現在では、「公」の枠組みにとどまることが少なくない。結果として、制度の枠内で当事者の生活課題について解決を図る援助が中心であり、どうしても親亡き後の生活課題などについては、積極的な議論が展開されにくい状況があったのではないかと推察される。昨今、派遣労働者の問題や自殺予防の課題など、「公」的な制度では救済が困難であり、「私」的な援助体系が構築された結果、再び「公」的な援助体系として新たな形で吸収されたものがある。2006年に成立した自殺対策基本法はこの典型例であるといえるだろう。ソーシャルワークの固有性や専門性が問われるいま、社会福祉分野では終末期ケアにいかんして貢献できるかを検討する必要がある。

5. おわりに

本研究では、高齢者施設の相談援助職と知的障害者施設における相談援助職の終末期ケアの意識の相違について明らかにしてきた。当然のことながら、高齢者の生活を思考する際には、その人がいかにして死を迎えるかということも含まれた援助が展開されることになる。そして援助者についても当事者の死を意識する状況にあるだろう。しかしながら、障害者施設の場合、当事者の死について考えることに抵抗感を示されることが少なからずあったように思う。実際、調査実施段階において、ある特徴的な出来事があった。高齢者施設から返送されたアンケート用紙はすべて記入がなされており、終末期ケア教育についても特に意識されている手紙などが付されていた。一方、障害者施設から返送されたアンケート用紙には、「終末期ケアは該当しない」と付された白紙のものが散見されたのである。調査の不手際かと思い連絡をさせていただくと、「いや、実は最期は病院でしたが、看取ったというケースが数ケースあります」と回答されたところも存在した。確かに、入所している当事者の平均年齢が若いとなると、「死について考えることは不謹慎」などと思われたかもしれない。また、施設で入所者が亡くなると事後処理に問題があるといわれるところもある。だが、障害者施設で生活をされている方の場合、在籍期間が長期化し、すでに両親も他界し、親族代わりのような施設（職員）も数多く存在することは事実である。こうした実践は制度の枠を超えているものであり、金銭的効果が発生するものではない。援助者の善意に支えられた社会福祉サービスなのである。この点が現在の社会福祉サービスの矛盾点であるといえるのではないだろうか。本当の意味での生活支援を考えるために、こうした終末期ケアを医療等に押し付けるのではなく、ソーシャルワークとして何ができるのか、その第一歩を検討することに意義がある。

【付記】

今回の調査を実施するにあたり、こころよく調査をお引き受け下さった社会福祉施設の皆様に心より厚く御礼申し上げます。なお、本研究は、平成19年度文部科学省科学研究費補助金若手研究（B）の助成を受けて行ったものである。

<注>

（注1）死の三大兆候とは、①瞳孔散大、②自発呼吸の停止、③心拍の停止をいう。

（注2）リビングウィルとは、判断能力のある成人が、将来自らが判断能力を失った際に備えて、自分に行われる医療行為に対する意向を、前もって文章に記し意志を表示することである。一方、アドバンス・ディレクティブとは、自分になされる医療行為について医療者側に指示を与えること、代理意思決定者を委任すること（＝事前指示）である。

（注3）厚生労働省「平成18年 介護サービス施設・事業所調査結果の概況」報告では、介護老人福祉施設の退所理由の第1位は、「死亡」が62.0%となっている。

（注4）ライフコースとは、人間の生涯の“歴史性”や“社会性”を強調した概念である（武川、2008）

<参考文献>

大井玄（2008）「『自分の死』を死ぬとは」島藺進・竹内整一『死生学1・死生学とは何か』東京大学出版会pp. 211～234

近藤勝則・杉本浩章（2006）「特別養護老人ホームにおける終末期ケアの現状と課題」『社会福祉学』Vol. 46, No. 3（通号 76）日本社会福祉学会pp. 63～74

櫻井芳郎・小松せつ・日下部康明他（1979）「高齢精神薄弱者の実態把握と処遇技術の体系化に関する研究一高齢精神薄弱者の実態ならびに早期老化現象の解明とその対策に関する研究一」『昭和54年度厚生省心身障害研究報告書 精神薄弱児（者）の治療教育に関する研究』pp166～200.

櫻井芳郎・小松せつ・椎谷淳二他（1984）「精神薄弱者援護施設における老化対策の指針と処遇要領に関する提言一精神薄弱者援護施設における高齢者および早期老化対策に関する総合研究」『国立精神衛生研究所精神薄弱部モノグラフ 昭和59年度No. 1.』

日本精神薄弱者愛護協会（1987）『精神薄弱者加齢の軌跡一高齢精神薄弱者実態調査研究報告』

佐藤蘭美（2008）「ソーシャルワークにおける死別ケアの検討 死別研究の歴史的展開と看取りの事例を通して」杏林大学研究報告(教養部門)25巻 pp. 45～53

島藺進・竹内整一（2008）『死生学1・死生学とは何か』東京大学出版会

- 清水みどり・柳原清子 (2007) 「特別養護老人ホーム職員の死の看取りに対する意識」『新潟青陵大学紀要』第7号 pp. 51～62
- 袖井孝子編 (2007) 『死の人間学』 金子書房
- 武川正吾・西平直 (2008) 『死生学3・ライフサイクルと死』 東京大学出版
- 田口ランディ (2008) 「エリザベス・キューブラー・ロス その生と死が意味すること」 島菌進・竹内整一 『死生学1・死生学とは何か』 東京大学出版会 pp. 187～209
- 日本医師会 第IX次生命倫理懇談会 (2006) 『平成16・17年度「ふたたび終末期医療について」の報告』
- 村上陽一郎 (2001) 『生と死への眼差し・新装版』 青土社
- 柳原清子・柄澤清美 (2003) 「介護老人福祉施設職員のターミナルケアの関する意識とそれに関連する要因の分析」『新潟青陵大学紀要』第3号
- Neymeyer, Robert A. (2001) Meaning Reconstruction and the Experience of Loss The American Psychological Association. (=富田拓郎・菊池安希子監訳 (2007) 『喪失と悲嘆の心理療法—構成主義による意味の探究』 金剛出版)
- Weinstein, Jeremy (2008) Working with Loss, Death and Bereavement : A Guide for Social Workers. SAGE Publications Ltd
- Wolfer, Terry A. and Runnion, Vicki M. (2008) Dying, Death, and Bereavement in Social Work Practice : Decision Cases For Advanced Practice. Columbia University Press.